

Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg (MSZ) en kaakchirurgie 2023

Bijlage 2. Uniforme omgangsregels (achteraf)controles

Definities

Achteraf controle	Controle die wordt uitgevoerd nadat de declaratie is betaald
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), medisch specialisten en vrije beroepsbeoefenaren.
Zorgverzekeraar	Een organisatie die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt of de volmachthouder voor wie de zorgverzekeraar het verzekeringsrisico draagt.

Artikel 1 Algemeen

1. Voor die instellingen waar Horizontaal Toezicht Zorg (nog) niet van toepassing is worden de uitkomsten van de periodiek georganiseerde (achteraf) controles door zorgverzekeraars aangeboden aan de betreffende zorgaanbieder om gezamenlijk te bevorderen dat:
 - a. Sprake is van een volledig juiste DBC- en verrichtingenregistratie;
 - b. Onrechtmatigheden in administraties bij zorgaanbieders en/of onrechtmatigheden in controles bij zorgverzekeraars worden gecorrigeerd;
2. Om ervoor te zorgen dat de controles op een voor alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders efficiënte wijze worden uitgevoerd, zijn uniforme omgangsregels (achteraf) controles opgesteld met afspraken waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan dienen te conformeren.
3. De omgangsregels (achteraf) controles zijn een aanvulling op landelijke vigerende regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit, het protocol materiële controle, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en eventuele contractuele afspraken tussen ziekenhuis/ZBC en zorgverzekeraar. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bilateraal afwijkende afspraken maken van hetgeen is gesteld in het convenant.
4. Zolang Gepast Gebruik geen onderdeel uitmaakt van Horizontaal Toezicht Zorg wordt hiervoor conform deze uniforme gedragsregels gehandeld.
5. Zorgverzekeraars zijn wettelijk bevoegd om te controleren op prestaties met een (eind)datum van de wettelijke termijn van 5 jaar terug (in de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar) ten opzichte van de datum waarop de controle wordt uitgezet. De intentie van zorgverzekeraars is om zo recent mogelijke declaratiebestanden voor controle aan te bieden aan de zorgaanbieder.
6. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken jaarlijks vóór 15 maart schriftelijk aan elkaar duidelijk wie de contactpersonen zijn en via welke emailadressen en aan welke afdeling de achteraf controles gestuurd moeten worden. Deze gegevens zijn ingevuld in bijlage 2 art 9, Wederzijdse contactgegevens. De contactpersonen zijn verantwoordelijk voor de communicatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dragen zorg voor interne afstemming van

gemaakte afspraken. Mutaties van contactpersonen en contactgegevens (email) worden door zorgaanbieder en zorgverzekeraar gedurende het jaar doorgegeven.

7. Zorgverzekeraars sturen vóór 15 maart van ieder jaar een vooraankondiging naar de betreffende contactpersoon van de zorgaanbieder. In de vooraankondiging staat omschreven waarop gecontroleerd wordt, op welk tijdvak van ingeboekte declaraties de controle betrekking heeft en in welke periode de zorgverzekeraar de uitkomsten van de controle verwacht toe te sturen aan de zorgaanbieder.
8. Afspraken over controlebestand:
 - a. Zorgverzekeraars maken een extract van hun schadebestand(en) op datum X. Dit extract is de basis voor de uitvoering van verdere (achteraf) controles. De zorgverzekeraar probeert de periode tussen de extractdatum en het toesturen van de uitkomsten van de controle aan de zorgaanbieders zo kort mogelijk te houden, waarbij een maximale termijn van 2 maanden wordt gehanteerd tussen extract op datum X en datum Y uitsturen bestand naar zorgaanbieder.
 - b. De zorgverzekeraar streeft ernaar om alle declaraties die de zorgaanbieder indient in de periode tussen de extractdatum en het versturen van de uitkomst van de controle, op de juiste wijze te verwerken in de uitkomst van de controle. Dit om onterechte afwijzingen of signaleringen van declaraties in het controlebestand te voorkomen.
 - c. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat het controlebestand dat aangeboden wordt aan de zorgaanbieder betrouwbaar is (minimaal 95% betrouwbaarheid). Onder betrouwbaarheid wordt hier verstaan dat de zorgverzekeraar ervoor zorgt dat alleen die declaraties in het controlebestand worden opgenomen waarbij er een aannemelijke kans is dat er sprake is van:
 - een onrechtmatigheid in de DBC- en verrichtingenregistratie en/of declaratie;
 - minimaal de elementen die bij art. 4.4 zijn opgenomen maken deel uit van het bestand;
 - de declaraties die in het controlebestand zijn opgenomen niet betrekking hebben op schadejaren die reeds op andere wijze zijn afgehandeld, bijvoorbeeld door middel van een eindafrekening over het betreffende jaar.
 - d. Indien de zorgaanbieder constateert dat het controlebestand niet voldoet aan het hiervoor bij lid 1.8.c genoemde betrouwbaarheidspercentage van 95% (bijvoorbeeld als (credit)declaratieregels door de Zorgverzekeraar niet verwerkt zijn of doordat het uitgangspunt van de controle niet in overeenstemming is met de geldende wet- en regelgeving), neemt de zorgaanbieder hierover contact op met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder overleggen gezamenlijk hoe dan om te gaan met de betreffende controle.

Artikel 2 Totstandkoming controles

1. De zorgaanbieder registreert en declareert volgens landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen), landelijke declaratiebepalingen en eventuele

bilateraal gemaakte afspraken die gemaakt zijn in de zorgovereenkomst.

2. De zorgverzekeraar dient bij de (achteraf) controles te voldoen aan een juiste vertaling van de landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen), landelijke declaratiebepalingen, protocol materiële controle en eventueel bilateraal gemaakte afspraken. Bij interpretatieverschillen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de toepassing van eerdergenoemde regelgeving wordt de vraag ingebracht in het maandelijks Technische Overleg van de NZa.
3. Registratie, declaratie en controle dienen plaats te vinden aan de hand van de landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen), landelijke declaratiebepalingen en eventueel bilateraal gemaakte afspraken die geldig zijn op het moment van de begindatum (openingsdatum DBC/DBC zorgproduct of behandeldatum overige zorgproducten) van de te controleren prestatie.

Artikel 3 Informatievoorziening en communicatie over (achteraf)controles

Zie hiervoor Regeling Zorgverzekering.

Artikel 4 Gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

1. De gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar moet voldoen aan de AVG. Voor zorgverzekeraars wordt ook voldaan aan de vigerende gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars en wordt voorzien van digitale beveiliging.
2. Zorgverzekeraars sturen bij het controlebestand een bericht met een bevestiging naar de opgegeven contactpersoon van de zorgaanbieder dat het controlebestand digitaal is verstuurd onder vermelding van het (email)adres dat hiervoor is gebruikt en de wijze waarop het bestand is verstuurd rekening houdend met artikel 4.1.
3. De zorgaanbieder geeft in het oorspronkelijke controlebestand aan of de declaratie wel of niet terecht heeft plaatsgevonden. Als de declaratie naar de mening van de zorgaanbieder terecht heeft plaatsgevonden motiveert men in het controlebestand waarom er sprake is van een juiste registratie/declaratie en verwijst men, indien mogelijk, naar de regelgeving die is toegepast.
4. Het controlebestand is minimaal voorzien van de volgende gegevens:
 - BSN;
 - het patiëntnummer dat door de zorgaanbieder wordt gehanteerd (mits aangeleverd);
 - de specialismecode en/of omschrijving van het specialisme;
 - DBC-Zorgproductcode;
 - prestatiecode/DBC declaratiecode;
 - begin- en einddatum van de prestatie;
 - factuurnummer (t.b.v. creditering);

- gedeclareerd bedrag (voor declaraties van DBC-ZP geopend voor 1-1-2015 gesplitst in kosten ziekenhuis en honorarium).
5. Bij aanpassingen door de zorgverzekeraar van reeds aangeleverde controlesignaalbestanden wordt door de zorgverzekeraar contact opgenomen met de zorgaanbieder. In onderling overleg wordt afgesproken hoe om te gaan met de aanpassingen.
 6. Als de zorgaanbieder van mening is dat er aanpassingen moeten plaatsvinden in het bestand, neemt hij hiervoor contact op met de zorgverzekeraar. Het is niet wenselijk dat de zorgaanbieder zelf aanpassingen in het bestand doorvoert.

Artikel 5 Beoordelen en afhandelen achteraf controles (formele en materiele controles)

1. Aanspreekpunt

1. Zorgaanbieders hebben één of meerdere aanspreekpunten voor zorgverzekeraars voor de formele en/of materiële controle.
2. Zorgverzekeraars hebben één of meerdere aanspreekpunten voor zorgaanbieders voor de formele en/of materiële controle.

De gegevens van de contactpersonen worden ingevuld in bijlage 2, art 9, Wederzijdse contactgegevens.

2. Reactietermijnen (incl. DCM)

1. Zorgaanbieders reageren binnen 1 maand (na dagtekening van het verstrekken van het controlebestand).
2. Zorgverzekeraars dienen binnen 1 maand na dagtekening van de inhoudelijke reactie van de zorgaanbieder schriftelijk te reageren om aan te geven of zij akkoord gaan met de bevindingen van de zorgaanbieder. Als de zorgverzekeraar niet akkoord gaat, motiveren zij dit per controleregulering.
3. Als na de inhoudelijke reactie van de zorgaanbieder de zorgverzekeraar niet akkoord is, komt de zorgaanbieder binnen 1 maand met een aanvullende inhoudelijke reactie. De zorgverzekeraar reageert vervolgens binnen 1 maand op deze inhoudelijke reactie.
4. Als de zorgverzekeraar na het verstrijken van 1 maand géén (inhoudelijke) reactie heeft ontvangen van de zorgaanbieder, verzoekt zij schriftelijk de zorgaanbieder opnieuw om alsnog binnen 2 weken inhoudelijk te reageren op de betreffende controle.

Als de zorgaanbieder na het verstrijken van 1 maand géén doeltreffende reactie heeft ontvangen, verzoekt zij schriftelijk de zorgverzekeraar om alsnog binnen 2 weken aan te geven of de zorgverzekeraar akkoord gaat met de bevindingen van de zorgaanbieder op de achteraf controle.

5. Als de zorgverzekeraar na het verstrijken van de tweede termijn opnieuw geen inhoudelijke reactie heeft ontvangen, zonder dat de zorgaanbieder hierover contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar, stuurt de zorgverzekeraar een aanmaning. In de aanmaning staat onder andere

dat de zorgaanbieder na herhaaldelijk verzoek niet inhoudelijk heeft gereageerd op de door de zorgverzekeraar verstrekte controle en dat de zorgverzekeraar voornemens is om binnen 14 kalenderdagen na dagtekening van de aanmaning het bedrag van de controle om te zetten in een terugvordering. Het is de zorgverzekeraar vervolgens toegestaan om na 14 kalenderdagen ten opzichte van de aanmaning het bedrag te verrekenen met openstaande of toekomstige declaraties van de zorgaanbieder. Na verrekening wordt de controle door de zorgverzekeraar als afgehandeld beschouwd.

6. Als de zorgaanbieder na het verstrijken van de tweede termijn opnieuw geen akkoord of inhoudelijke reactie heeft ontvangen op de bevindingen van de zorgaanbieder, zonder dat de zorgverzekeraar hierover contact heeft gezocht met de zorgaanbieder, stuurt de zorgaanbieder een schriftelijke reactie. In deze reactie staat onder andere dat de zorgverzekeraar na herhaaldelijk verzoek niet inhoudelijk heeft gereageerd op de bevindingen van de zorgaanbieder, de zorgaanbieder ervan uit mag gaan dat bij het uitblijven van een reactie na 14 kalenderdagen na dagtekening de controle hiermee als afgehandeld wordt beschouwd en de uitkomst van de bevindingen door de zorgaanbieder als definitieve uitkomst van de controle worden opgevat. Als uit de bevindingen door de zorgaanbieder fouten naar voren zijn gekomen, zal de zorgaanbieder deze fouten corrigeren (zie Administratieve en financiële afhandeling).
7. Zorgaanbieders zetten voldoende capaciteit in om controles te verwerken. Als het desondanks voor de zorgaanbieder niet mogelijk is om binnen de gestelde termijnen inhoudelijk te reageren, neemt zij hierover binnen 1 week na ontvangst van de controle contact op met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken vervolgens afspraken over de termijn waarbinnen het voor de zorgaanbieder wel mogelijk is om inhoudelijk te reageren.
8. Zorgverzekeraars zetten voldoende capaciteit in om controles te verwerken. Als het desondanks voor de zorgverzekeraar niet mogelijk is om binnen de gestelde termijnen inhoudelijk te reageren, neemt hij hierover binnen 1 week na ontvangst van de reactie van de zorgaanbieder contact op met de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder maken vervolgens afspraken over de termijn waarbinnen het voor de zorgaanbieder wel mogelijk is om inhoudelijk te reageren.

3. Administratieve en financiële afhandeling:

1. De zorgaanbieder verwerkt zowel administratief als financieel alle correcties (zowel creditregels als debetregels) die het gevolg zijn van correcties in de DBC-(zorgproduct) en/of registratie overige zorgproducten naar aanleiding van het afhandelen van een achterafcontrole. Ook wanneer de einddatum van de (op)nieuw te declareren DBC (zorgproduct) of overige zorgproducten als gevolg van de correctie buiten de periode valt van de betalingstermijn die de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zijn overeengekomen in de declaratieparagraaf (bijlage 1).
2. Indien gewenst maken de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder afspraken over het moment waarop de declaraties, zoals bedoeld in artikel 5.3.1, worden aangeboden door de zorgaanbieder.
3. De zorgaanbieder verwerkt binnen 1 maand alle microcorrecties n.a.v. de achterafcontrole door

het aanbieden van creditregels via Vecozo.

4. Wanneer bij het verstrijken van het microcorrectie termijn (1 maand) wordt geconstateerd dat de microcorrecties niet zijn doorgevoerd via Vecozo, zal de zorgverzekeraar de Zorgaanbieder hierop attenderen en bij geen reactie 14 dagen na dagtekening van dit bericht deze correcties intern voor verrekening aanbieden aan de zorgaanbieder.
5. Als er sprake is van een macrorestitutie (bijv. bij extrapolatie) stuurt de zorgverzekeraar een betalingsverzoek naar de zorgaanbieder, waarna de betaling binnen 1 maand moet plaatsvinden door de zorgaanbieder.
6. Wanneer bij het verstrijken van de termijn van 1 maand van het betalingsverzoek wordt geconstateerd dat de betaling door de zorgaanbieder niet is uitgevoerd, zal de zorgverzekeraar de zorgaanbieder hierop attenderen en bij geen reactie 14 dagen na dagtekening van dit bericht de betaling intern voor verrekening aanbieden.